

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juin 1896, à 1 heure

Par HENRI PERDRIAT

Né à Magny-Lormes (Nièvre), le 3 novembre 1870.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DES

ÉRYTHÈMES INFECTIEUX PROLONGÉS
(ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES)

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Professeur : M. JOFFROY.

Agrégés : MM. { MARIE.
CHARRIN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

335

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juin 1896, à 1 heure

Par HENRI PERDRIAT

Né à Magny-Lormes (Nièvre), le 3 novembre 1870.

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

DES

ÉRYTHÈMES INFECTIEUX PROLONGÉS
(ÉRYTHÈMES SCARLATINIFORMES)

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Professeur : M. JOFFROY.

Agrégés : MM. { MARIE.
CHARRIN.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SÉE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILIAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARAN.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	GLEYS.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	HEIM.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LEJARS.	REITTERER.	WIDAL.
CHARBIN.	LETULLE.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.	ROGER.	
	MARIE.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

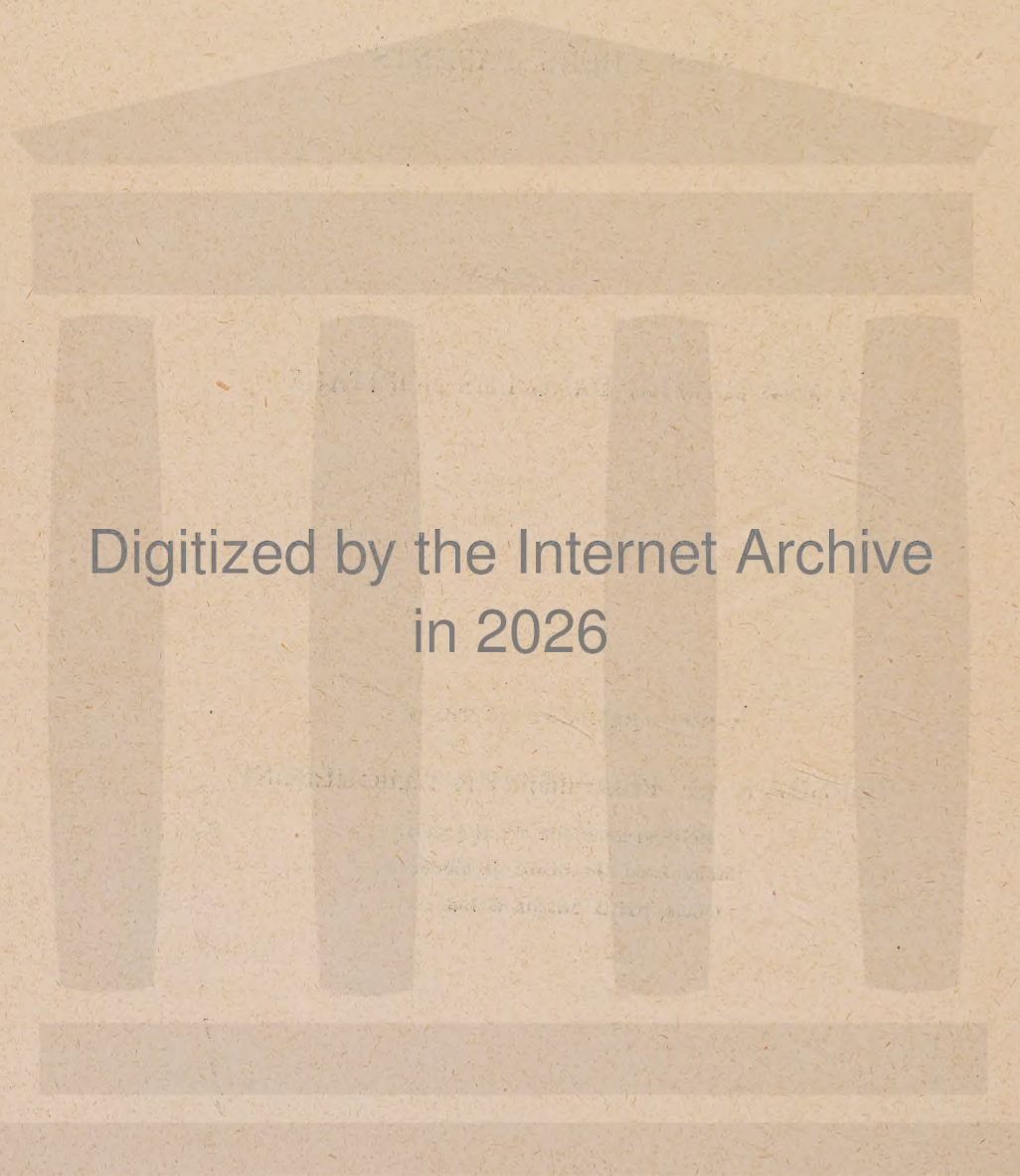
A MES CHERS PARENTS

A MES MAITRE DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

Médecin honoraire des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0079



INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années les érythèmes sont entrés dans le domaine de la pathologie interne. Dépourvus d'existence propre et individuelle, ils ne sont en effet que des manifestations symptomatiques d'affections diverses.

Les uns relèvent de causes purement locales, les autres se rattachent à des conditions constitutionnelles; d'autres enfin dépendent de germes infectieux, qu'ils soient directement engendrés par eux ou par leurs produits d'élaboration. Ces érythèmes infectieux ont été l'objet de nombreux travaux; on les a étudiés dans la fièvre typhoïde, la diphtérie et la plupart des maladies infectieuses. Dans tous ces cas, l'érythème est un syndrome révélateur d'une infection primitive ou

d'une infection secondaire ; bénin ou grave, selon les symptômes généraux qui l'accompagnent, son évolution est assez rapide et les lésions qu'il détermine à la peau passent souvent inaperçues.

Dans ce travail, nous envisageons une forme d'érythèmes qui, par leur durée, la réaction qu'ils déterminent du côté des téguments, se rapprochent de certaines dermatites exfoliatives. Ils touchent aux érythèmes par quelques-uns de leurs caractères et aux dermatites par d'autres ; rien de spécifique dans leur nature ; rien d'aussi capricieux que leur évolution. Aussi, notre but n'est-il pas de faire de ces érythèmes une catégorie spéciale. Par l'étude clinique que nous en ferons, nous serons conduits à les considérer comme des traits d'union entre les érythèmes proprement dits et les dermatites aiguës, bénignes ou généralisées.

Une observation très intéressante nous a inspiré ce sujet : la première partie a été publiée cette année dans la *Revue des maladies de l'enfance*, par MM. Milon et H. Leroux ; nous devons la seconde à l'obligeance de M. Leroux. Il s'agit d'un enfant de quatre ans qui, à la suite d'une diphtérie, fait une attaque de streptococcie aiguë au cours de laquelle se manifeste une éruption polymorphe mais surtout scarlatiniforme avec desquamation. La maladie dure 103 jours et procède par poussées successives. Après un mois de convalescence survient une rechute qui donne lieu aux mêmes symptômes.

Les cas analogues sont rares ; aussi avons-nous tenu à rapporter l'observation complète d'autant plus qu'elle

est instructive à plusieurs points de vue. Nous n'en avons envisagé qu'un seul, mais d'autres pourront y trouver des indications pour l'étude de la streptococcie et de son traitement par le sérum.

Nous avons retrouvé dans la littérature médicale des faits analogues publiés sous des titres divers. Nous rapprochons ces observations de la nôtre, car elles offrent des caractères communs qui nous permettent de grouper tous ces faits sous la même épithète.

Avant d'aborder notre travail, nous obéissons à la pieuse coutume qui veut que nous adressions à nos maîtres, en terminant nos études, l'expression de notre profonde reconnaissance. Ce devoir nous est d'autant plus facile que nous avons toujours rencontré auprès d'eux le même accueil sympathique. Nous les remercions sincèrement de l'enseignement qu'ils nous donnent au cours de la Faculté et surtout des conseils précieux qu'ils nous prodiguent chaque jour au lit du malade.

Que M. le professeur Laboulbène veuille bien recevoir nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.





OBSERVATION I (H. LEROUX et MILLON)

Première partie (Résumée).

André L . . , 4 ans, bel enfant, bien portant habituellement, élevé dans d'excellentes conditions d'hygiène. Cependant tempérament lymphatique, ganglions au cou perceptibles à l'exploration digitale.

1^{er} août dernier, l'enfant se plaint de frissons, de malaise et de difficulté de la déglutition.

Le 2, on constate une tache grisâtre sur l'amygdale droite, qui, le soir, avait pris une apparence couenneuse.

Le 3, l'examen bactériologique donne le résultat suivant : bacilles de Loeffler et streptocoques avec quelques staphylocoques.

Le soir, injection de 10 cent. cubes de sérum de Roux.

Le 7, la fausse membrane était complètement rejetée et la diphtérie était cliniquement guérie.

Le 9, apparition à l'abdomen, au pourtour du point où fut pratiqué l'injection d'une éruption érythémo-urticarienne.

Le 11, l'éruption est généralisée, urticarienne, sur les membres supérieurs et rubéolique sur le ventre et les membres inférieurs. Température oscille entre 38° et 38°5.

Le 12, la température monte à 39°5.

Le 15, la température atteint 40°3, le visage est rouge, vul-tueux, l'éruption nettement rubéolique, plus du tout urtica-rienne, est généralisée.

Depuis le matin, on constate un engorgement énorme des

ganglions du cou. Cette tuméfaction est apparue rapidement. Les ganglions axillaires et inguinaux sont également tuméfiés. La gorge est nette, le foie ne déborde pas les côtes, la rate est normale. Rien à la poitrine. Urines rares, foncées, pas d'albumine. Abattement considérable.

Le 16, matin, température 40°, prostration, adynamie, figure bouffie et cyanosée, langue sèche et noirâtre, lèvres fuligineuses, pouls filiforme, urines rares. L'éruption scarlatinoïde par place; rubéolique sur le reste du corps, est devenue purpurique aux jambes. Bains de 10 minutes à 25°. Mieux sensible.

Le 18, on a continué les bains froids toutes les cinq heures chaque fois que la température dépassait 39°.

L'état général est meilleur. L'éruption a pâli, les parties rubéoliques sont devenues jaunâtres, le piqueté ecchymotique des jambes est devenu brun. L'engorgement ganglionnaire a diminué.

La température reste à 39°.

Le 20, la température est de 37°3. L'éruption a presque disparu. Une desquamation furfuracée commence à se manifester sous les yeux et au menton. Il subsiste encore une légère induration ganglionnaire au cou, aux aînes et aucune de l'aisselle. Le pouls est ample et régulier, le cœur normal. Rien dans les urines.

Le soir, la température remonte à 38°8. L'éruption reparait aux fesses, puis sur le tronc, et en une heure elle se généralise complètement.

Le 21, l'éruption a disparu. Le pouls est à 120, la température à 38°8, les battements du cœur sont exagérés, on entend un souffle à la pointe au premier temps.

Le 22 la fièvre a disparu, mais l'état général est aussi mauvais. L'enfant est pris d'un état syncopal qui dure trois

quarts d'heure. Pouls imperceptible, respiration presque nulle, pupilles inégales, ne réagissant plus à la lumière, le ventre ballonné puis météorisé et tympanique.

Le 23, parésie intestinale, météorisme, pas de selle, même avec lavements.

Emaciation considérable. Légère desquamation aux doigts.

Le 24, amélioration sensible de l'état général; l'abdomen s'est assoupli; une selle abondante et spontanée. L'enfant peut s'alimenter.

Pouls 104 et 112, bondissant. Le cœur présente toujours un souffle au premier temps et un dédoublement assez net, faisant l'impression d'un bruit de galop.

La desquamation s'est accentuée, elle est surtout apparente aux extrémités. C'est une desquamation par cloques, sèches pour la plupart, analogues à de volumineux sudamina; aux pouces ce sont même de véritables ampoules irrégulières, remplies de liquide clair, légèrement citrin. Aux autres doigts, la desquamation commence à se faire autour des ongles.

Le 25, l'amélioration continue. Depuis deux jours, on remarque un strabisme convergent. Mutisme persistant, indifférence absolue. Deux petits placards lenticulaires de stomatite subsistent sur la muqueuse de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure. Le souffle du cœur persiste. La desquamation continue, elle se fait par lambeaux fins.

Du 25 au 27, état stationnaire. Pas de fièvre.

La desquamation ressemble à celle d'une scarlatine.

Toujours même état cérébral de mutisme et d'indifférence.

Le 27, dans l'après-midi, sans cause apparente, la température monte à 38°5. Immédiatement l'érythème reparait, extrêmement rapide à se généraliser; en un quart d'heure, l'enfant est rouge vif. Cet état dure plusieurs heures; la nuit est bonne.

Le 28, la matinée est bonne. Dans l'après-midi, la température remonte. En même temps qu'elle reparait, l'éruption scarlatineuse et l'état général redevient mauvais.

A minuit, la température atteint $40^{\circ}4$; l'enfant est prostré et adynamique, le visage est vultueux, les ganglions du cou, des aines et des aisselles sont hypertrophiés.

Dans la nuit, la fièvre s'abaisse et l'éruption disparaît.

Du 30 août au 2 septembre, état stationnaire. L'intestin est plus ou moins météorisé ; l'alimentation se fait par la bouche et le rectum.

Le 2, retour de la fièvre et retour de l'éruption.

Température, $40^{\circ}2$; pouls, 160. L'érythème est scarlatineux foncé.

Du 2 au 4, la desquamation se fait en grands lambeaux, abondante sur tout le corps.

Le 4, le foie déborde les fausses côtes, la rate est hypertrophiée, les pupilles sont inégales.

Dans la nuit : température, $40^{\circ}5$; retour de l'éruption scarlatiniforme intense.

Le 6, devant la persistance des accidents, le diagnostic de streptococcie ayant été admis depuis longtemps on fait intervenir le sérum antistreptococcique.

A 10 heures du matin, on fait une injection de 0,05 cent. cubes sous cutanée de sérum envoyé de l'Institut Pasteur par M. Marmorek.

L'injection fut faite avec toutes les précautions d'usage.

Une minute après, l'enfant qui était pâle, devint pourpre, ses yeux s'injectent ; la respiration de 20 s'élève à 48, le pouls, de 120 passe à 160. A cette poussée congestive succède une décoloration subite, la peau devient livide, jaunâtre, terreuse, les lèvres sont violettes, l'œil est atone. On pratique successivement trois piqûres d'éther et une de caféine.

L'enfant reste pendant une demi-heure dans cet état de mort apparente. La température rectale est à 37°8, le pouls à 160; les bruits du cœur ont le type embryonnaire.

Au bout de deux heures employées à ranimer l'enfant, la respiration tombe à 30 et les extrémités se réchauffent.

A ce coma succède une hyperthermie subite avec agitation extrême. A midi et demi, température rectale : 40°8; pouls, 160; respiration, 36. Délire violent.

On donne à l'enfant des bains régulier à 25°.

Le 7, état stationnaire.

Les bains maintiennent la température entre 37° et 38°.

Le 8, les lésion de stomatite apparaissent sur la langue et les lèvres; plaques blanches, à contours arrondis, ressemblant aux manifestations de la stomatite impétigineuse.

Pouls, 130 et 140.

En même temps apparaissent des symptômes d'ordre cérébro-spinal; hébétude, fixité du regard, mutisme, inégalité pupillaire, rigidité de la nuque et des membres, exagération des réflexes; grande émaciation. Il s'agirait, selon M. Chantemesse, d'une méningite à streptocoques.

Le 9, aux commissures des lèvres, se sont développés des placards impétigineux.

Ceux-ci débutent par des pustules arrondies, disposées en éventail, à centre brun, ombilique, à périphérie jaunâtre et saillante.

Les ganglions sous maxillaires ont augmenté de volume.

Dans la bouche, les lésions ont augmenté en surface.

La température remonte et nécessite de nouveaux bains froids; à 9 heures : 40°; pouls, 120 et 130.

Le soir, les lésions du pourtour de la bouche prennent un aspect noirâtre, très mauvais, les lèvres sont gonflées et collées par un exsudat jaunâtre. Phénomène d'épilepsie spinale;

quand on écarte les jambes, la rigidité des membres augmente.

A 10 heures : température, 40°. Eruption scarlatiniforme généralisée. Bains froids.

Le 10, l'éruption scarlatiniforme est presque éteinte, mais la desquamation qui avait cessé recommence, elle procède toujours par grands lambeaux.

Tous les ganglions ont à nouveau augmenté de volume, le foie et la rate sont redevenus sensibles à la palpation.

Le ventre est tendu et ballonné; le pouls est petit, irrégulier.

La contracture persiste; de temps en temps, strabisme intense de l'œil droit, spasme de l'orbiculaire; les pustules impétigineuses cutanées se recouvrent de croûtes d'un jaune brun; à l'intérieur de la bouche, la stomatite s'est limitée.

A 10 heures, injection de 2 cent. cubes de sérum antistreptococcique.

Une heure et demie après, gonflement des mains, des doigts, des pieds et même des genoux, avec rougeur écarlate et vives démangeaisons. Persistance des signes de méningite. La température a baissé; elle se maintient au dessous de 38°.

Le 11, mieux très sensible, température, 36°4.

Contracture moins intense, plus de strabisme, figure moins bouffie, les ganglions sont moins gros, la stomatite est moins intense, l'impétigo cutané reste stationnaire.

Urines abondantes, pas d'albumine.

Injection de 2 cent. cubes de sérum de Marmorek. Aucune réaction. Température, 37; pouls fréquent, 140.

Le 12, L'amélioration se maintient.

Le 13, injection de 2 cent. cubes de sérum de Marmorek. Aucune réaction.

Le 14, les symptômes méningitiques s'atténuent.

Injection de 3 cent. cubes. Aucune réaction.

Le 15, l'état général est satisfaisant. Température 37; le pouls reste à 140.

Les lésions de la bouche ont repris une nouvelle intensité; des commissures partent de chaque côté sur la peau, de larges placards suintants et croûteux, franchement impétigineux, avec éléments disséminés autour des placards; sur la muqueuse des lèvres, de la langue et des joues, les larges lésions de stomatite persistent et occasionnent de la douleur à la déglutition.

Le 16, les symptômes méningitiques continuent à s'amender, mais l'impétigo cutané et muqueux prend une intensité singulière. Cœur : bruits normaux et réguliers; rien à l'auscultation.

Injection de 2 cent. cubes de sérum de Marmorek. Le méningisme semble revenir; alternatives de rougeur et de pâleur de la face, somnolence, réapparition des signes d'épilepsie spinale.

On décide de supprimer définitivement le sérum.

Le 17, quelques symptômes méningitiques. L'impétigo suinte beaucoup.

La température baisse.

Le 21, sans cause apparente, le ventre redevient tympanique, les urines sont rares. Le thermomètre monte à 38°.

Dans l'après-midi apparaît sur tout le corps une éruption scarlatiniforme sombre, l'enfant se met à trembler des quatre membres; ceux-ci se contracturent à nouveau.

Dans la nuit disparition progressive de l'érythème.

Le 23, les lèvres commencent à se débarrasser de leur exsudat, les croûtes tombent et laissent apercevoir un derme sain.

La température est maintenue au dessous de 38° par l'application de glace sur la région du cœur.

Le 25, escarre superficielle au sacrum. On incise deux petites collections purulentes dans les deux flancs, un peu en arrière des épines iliaques antéro-supérieures et un petit panaris superficiel de l'index droit.

Le 26, l'impétigo a disparu presque complètement.

Nouvel abcès à droite au dessus du premier ; incision : pus vert, sans odeur.

A partir de ce moment, l'enfant entre en convalescence.

La température est réglée par l'application de la glace.

Les abcès sont bien.

Le 23, l'enfant supporte assez bien le voyage de Villiers à Paris.

Pendant le mois d'octobre, les abcès sont pansés ; l'état générale s'améliore.

Le 26 octobre, la glace est levée.

Vers le 15 novembre, on peut considérer l'enfant comme guéri.

La maladie a duré 105 jours.

Deuxième partie (Inédite).

Dans le courant de novembre, l'enfant est sorti sept à huit fois.

Vu le 2 décembre, gros, gras, mangeant et dormant bien, encore un peu faible sur ses jambes, l'intelligence très éveillée. Dans la nuit du 2 au 3, il survient de la fièvre et de la douleur à la gorge (il était sorti le 2 et avait accusé une sensation de froid passagère).

On voit sur les deux amygdales des points blancs qu'on qualifie d'angine pultacée (Barié), pas de ganglions. Dans la journée, fièvre moindre, lavages d'eau boriquée. Le soir, on

voit deux ou trois points gris blanc, moins épais que ceux du matin, sur les amygdales, légère adénopathie rétro maxillaire, rien ailleurs (angine herpétique) (Leroux), pas de diphtérie.

Le lendemain 3, la fièvre diminue.

Le 4, au soir, reprise de la fièvre; on voit de nombreux boutons sur la joue, un au ventre.

Dans la nuit se développe une *éruption scarlatiniforme* qu'on trouve généralisée à 4 heures.

Température axillaire, 39°5.

Pulsations, 160.

Ganglions cervicaux et inguinaux gros, engorgés.

Le 5, 9 heures du soir, le malade est un peu mieux (Hutinel, Chantemesse et Leroux).

Température rectale, 39°2.

Pouls, 144.

Reprise de streptococcie qui fait un travail d'attente.

Poudre d'amidon, calomel 15 centigrammes, lavages à l'eau bouillie.

Le 6, 7 heures du matin, nuit bonne à l'encontre des trois précédentes.

Température rectale, 38°.

Pouls, 120.

Rougeur généralisée, mais moins vive, pas d'albumine dans les urines, prend bien son lait.

Le 7, retour de la fièvre avec intensité plus grande de la rougeur.

Température, 40°.

Bains froids.

L'enfant tousse un peu, respiration bronchique au sommet gauche, sans râles ni matité.

L'enfant supporte mal les bains, mais la fièvre, après s'être montrée, tombe après le deuxième bain.

Le 9, l'éruption a pâli notablement.

Le 10, l'enfant commence à desquamer à la figure, au cou, au scrotum et au pli de l'aîne. L'éruption a disparu entièrement. L'adénopathie axillaire, inguinale, cervicale persiste aussi accentuée. La gorge est complètement saine. Le nez coule un peu ; quelques mucosités au fond du pharynx ; toux fréquente, encore un peu de respiration bronchique au sommet gauche, en arrière. Depuis 24 heures, l'enfant a une selle diarrhéique.

La fièvre persiste, oscillant entre 38° et $38^{\circ}7$. Le caractère est devenu très inégal et fantasqué ; inappétence. Rien dans les urines.

Le 11, insomnie due à des scènes de colère. La fièvre persiste, la toux aussi. L'adénopathie ne diminue pas, le ventre est souple, sans gargouillement intestinal.

Pouls, 120.

Cœur régulier.

Le 12 soir, retour de la fièvre, $39^{\circ}7$; la desquamation continue.

Le 13, fièvre le matin, retour léger d'érythème scarlatini-forme sur le flanc droit. Température, le soir, $39^{\circ}7$.

Injection de 8 centimètres cubes de sérum (Chantemesse). Immédiatement après (1 à 2 minutes), l'enfant est pris de démangeaisons d'abord abdominales, puis généralisées.

On voit sur un fond rouge écarlate des élevures blanches d'urticaire avec prurit intense. Bientôt la figure est congestionnée, devient bouffie, énorme, surtout du côté gauche où on sent des bosselures. Une heure après, vomissements alimentaires, puis bilieux ; la fièvre s'élève le soir à 40° , bains

froids, bien supportés; toutes les trois heures, deux grands lavements froids de 1 litre.

11 heures du soir. — Deux bains. Pouls petit, 140. Rien au cœur ni à la poitrine, les ganglions n'ont pas augmenté, rien à la gorge ni à la bouche. Rougeur scarlatiniforme généralisée, pas d'adénopathie, pas d'albuminurie.

Le 14, dans le courant de la journée, on a donné plusieurs bains amenant de longs sommeils tranquilles de trois heures.

Rougeur un peu moins vive; pas de prurit, ventre souple; foie et rate non augmentés de volume, rien au cœur ni à la poitrine.

Pouls 140, meilleur.

Le 15, a dormi sept heures de suite.

Pouls, 124.

Chute progressive de la fièvre.

Pas d'albuminurie.

Adénopathies un peu diminuées.

Pupilles égales.

Le 16, amélioration progressive et décoloration lente de la peau. Quelques râles dans la poitrine, toux légère.

Le 17, pouls 100.

Bonne nuit, appétit revenu, urines claires et abondantes, selles régulières, le ventre reste un peu gros, rien dans la poitrine. Même état des ganglions, desquamation des joues, menton, cou, pli de l'aîne. L'enfant semble tout à fait rétabli.

Le 19, l'amélioration continue, l'appétit est bon. On trouve le foie un peu gros.

Le 20, dans la nuit, l'enfant est pris de douleur d'oreille, à gauche. La moindre pression révèle une sensibilité vive, surtout en avant du lobule de l'oreille.

Le tic-tac d'une montre n'est plus entendu au delà de 3 centimètres.

Le foie déborde les côtes, descend presque au nombril ; il est un peu douloureux.

Le pouls marque 140 pulsations.

Le même jour, à 6 h. 3/4, nouvel examen de l'enfant. Le foie est moins gros ; l'oreille est toujours très sensible (injections chaudes de sublimé à 1/5000 et de glycérine au sublimé. Bains froids et 8 gouttes de teinture de digitale.

Le pouls marque 160.

L'examen de la gorge n'offre rien de particulier.

Rien au cœur ni à la poitrine.

Les urines contiennent depuis deux jours un petit nuage d'albumine.

Les selles sont régulières avec lavements.

Le 21, à 11 heures, même état que la veille.

La peau présente une desquamation en fines lamelles.

Pouls, 140.

Le même jour, 5 heures du soir, pouls, 140. On fait dans le flanc droit une injection de 4 centimètres cubes de sérum antistreptococcique donné par M. Chantemesse.

Le pouls ne change pas. La fièvre est un peu abaissée une heure après l'infection. On ne note ni urticaire ni éruption érythémateuse.

Le 22, matin, nuit assez bonne. L'oreille est toujours sensible. Le pouls est à 132, rien au cœur ni aux poumons, un peu de sensibilité au niveau de l'injection de la veille.

Nouvelle injection de 5 centimètres cubes. Le pouls reste à 132. Aucune modification cutanée après l'infection.

Le soir, l'enfant a eu un vomissement après avoir pris sa digitale. La fièvre persiste, oscillant entre 39°5 et 40° et au dessus. On note un empâtement douloureux avec œdème blanc dans le flanc droit, en arrière de la piqûre.

La palpation du membre est impossible, l'enfant reste immobile, couché sur le flanc gauche.

Le 23, le petit malade ne se plaint plus de son oreille. L'œdème augmente, fièvre avec sueurs abondantes. Rien dans les urines. Selles normales après lavements.

Le soir, pouls 132, petit, un peu irrégulier. Rien à la poitrine.

On voit une tache sur l'oreille de l'enfant et on se demande si ce n'est pas une tache de pus qui viendrait de l'oreille. Des douleurs surviennent par crises quasi-névralgiques qui arrachent à l'enfant des plaintes incessantes. L'œdème blanc est plus étalé et offre l'allure d'une urticaire géante. Lavement avec quatre gouttes de laudanum et 15 centimètres d'antipyrine.

Sueurs profuses généralisées.

Le 24, chute de la fièvre, sueurs moins abondantes, l'érythème œdémateux remonte en arrière à l'épine de l'omoplate.

Les douleurs sont très atténuées.

Le 25, l'oreille gauche a donné dans la nuit un suintement de pus abondant. L'œdème a diminué. L'enfant, jusque-là immobile sur le flanc gauche, peut se coucher sur le dos ; il allonge et remue librement les jambes ; les douleurs sont très atténuées.

Le 26, l'amélioration continue. Pouls, 104.

Le 27, l'œdème a disparu, il reste encore une légère tuméfaction à la région du rein droit. Le pouls marque 96, petit. Les bruits du cœur sont faibles. L'enfant est pâle ; les selles sont normales. Langue saburrale. Urines claires, plus abondantes. Suppression de la digitale. 1 litre de lait par jour.

Le 29, l'amélioration continue ; les nuits sont bonnes, les selles régulières, les urines claires et abondantes, le foie est

normal. Il existe encore un empâtement formant un bourrelet saillant dans le flanc droit.

Le 4 janvier, l'oreille coule abondamment. L'appétit est bon, le sommeil calme. Il existe deux tuméfactions distinctes, une dans le flanc droit et une autre plus en arrière, celle-ci plus grosse, molle.

Le 6, l'abcès est formé et pointe en avant au dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Incision. Il sort un pus épais ; on fait une contre-incision à 6 centimètres en arrière où la peau est rouge et on draine.

L'abcès de l'oreille coule moins abondamment.

La fièvre persiste, légère, depuis 48 heures.

Le 10, diminution progressive de la fièvre. Le drain a été retiré le 9 ; il coule peu de pus ; les injections passent bien d'arrière en avant.

Selles et urines normales.

L'enfant mange et dort bien.

Le 15, l'abcès se vide mal depuis 24 heures.

Retour de la fièvre. On fait une nouvelle ouverture et on replace un drain.

Le 20, le drain est retiré.

L'oreille ne suppure plus.

Le 21, écoulement peu abondant, la plaie se ferme.

Le 22, l'enfant se lève.

Les ganglions cervicaux postérieurs restent très appréciables.

Le 26, l'enfant qui allait très bien, qui engraisait, est enrhumé et tousse un peu.

A une heure de l'après-midi, au moment de le lever, la mère remarque qu'il est rouge sur le corps.

La température est de 37°4. Elle le laisse au lit ; la température monte à 38°4.

A 6 heures du soir, l'éruption qui est scarlatiniforme se généralise à tout le corps ; la figure est bouffie.

A 9 heures du soir, la température rectale est de $37^{\circ}4$. Le poulx marque 100 pulsations.

L'éruption pâlit sur la figure, le tronc et les membres. Les ganglions cervicaux postérieurs et surtout latéraux, sont nettement augmentés de volumes.

La gorge n'offre rien de particulier. Rien à la poitrine ni au cœur. Pas d'albumine.

Le 24, c'est-à-dire deux jours auparavant, la mère avait remarqué qu'une selle avait été accompagnée de l'issue d'un peu de sang.

Le 3 avril, l'enfant est revu dans un état de santé excellent.





HISTORIQUE



Les auteurs anciens ont signalé des éruptions survenant au cours d'affections diverses ; les uns les admettaient à titre de symptômes fluxionnaires d'un état morbide général, les autres les regardaient comme des rougeoles ou des scarlatines ; d'autres enfin, comme des manifestations de la goutte et de rhumatisme.

En 1858, M. le professeur Germain Sée fut un des premiers à rapporter la plupart de ces érythèmes à un état infectieux. Depuis, les travaux se sont multipliés sur ce sujet tant en France qu'à l'étranger.

On a vu des éruptions survenir dans la plupart des maladies aiguës. On les a étudiées dans la diphtérie,

la fièvre typhoïde, la septicémie, le rhumatisme, etc. Nous ne voulons point citer tous ces travaux ; ils sont trop nombreux et nous nous écarterions du but que nous nous sommes proposé. La plupart de ces érythèmes ont, en effet, une durée assez courte n'excédant pas quelques heures dans certains cas et quelques jours dans d'autres.

A côté de ces formes éphémères il y a, au contraire, des éruptions tenaces, persistantes, dont la durée varie de quelques jours à quelques mois.

Signalés par Vidal, ils sont décrits dans la thèse de son élève, Percheron, en 1876, sous la rubrique d' « espèce de dermatite exfoliatrice. »

La même année, Féréol présentait un malade à la Société médicale des hôpitaux, et demandait aux dermatologistes leur avis sur le vocable spécial qu'il conviendrait d'adopter pour ces cas qui ne sont pas encore définitivement étiquetés dans la science, pour cette manifestation morbide si singulière qui, par sa ténacité « semble se rire de notre impuissance thérapeutique. »

M. Besnier proposa le terme « d'érythème scarlatiniforme récidivant » qui leur fut désormais appliqué. « Par ce terme nous entendons désigner des dermatoses du type érythémateux qui sont pyrétiques pendant une partie ou pendant la totalité de leur cours, quand celui-ci est de courte durée, le plus ordinairement subaiguës, quelquefois prolongées pendant plusieurs semaines et même pendant quelques mois. Dans les formes aiguës, ils se rapprochent des pyrexies

érythémateuses par la réaction générale qui les accompagne, de la scarlatine par les caractères objectifs de l'éruption, mais leurs conditions étiologiques non spécifiques, leur durée variable et prolongée, la simultanéité et la coexistence prolongée de l'éruption et de la desquamation, leur non contagiosité, leur caractère récidivant les ramènent à côté des érythèmes proprement dits. »

Ces érythèmes sont rapportés à des causes diverses. Les uns, d'origine artificielle, très fréquents, sont dus à l'absorption de certains médicaments : au premier rang, il faut placer le mercure, protoiodure, sublimé, calomel ; puis, la belladone, l'opium, l'arsenic, la quinine, le chloral, les salicylates, l'antipyrine, etc. ; les autres, dits primitifs et par ce terme, il faut comprendre, avec M. Besnier des causes banales, le froid, les influences saisonnières.

Comme on le voit, il est peu question de causes infectieuses.

« Il ne me paraît pas encore bien prouvé, écrit M. Brocq dans son traité des maladies de la peau, que des éruptions semblables à celles de l'érythème scarlatiniforme desquamatif se développent dans le cours d'états infectieux bien définis. Ce sont surtout des scarlatinoïdes qui s'observent dans ces conditions. »

Que faut-il entendre par éruptions scarlatinoïdes ? Longtemps confondues avec les érythèmes scarlatiniformes, M. Besnier en a fait un groupe spécial. « Ils ressemblent à la scarlatine par la rapidité de l'inva-

sion, par la réaction fébrile, par l'hyperthermie, par les localisations muqueuses et viscérales, par les accidents généraux graves et par le mode évolutif. Sauf leur desquamativité souvent hâtive, l'éruption est entièrement celle de la scarlatine. Toujours consécutifs à une affection infectieuse, ils n'en constituent qu'une détermination à la peau ou une complication proprement dite, selon qu'ils naissent eux-mêmes de l'élément infectieux primitif, ou qu'ils procèdent d'une autoxémie deutéropathique, d'une toxémie médicamenteuse ou alimentaire. »

Malgré la description qu'en donne l'éminent dermatologiste, ce groupe est encore fort complexe et peu connu. Dans le cours de ce travail, nous nous sommes demandé souvent si nous n'avions pas confondu, comme tant d'autres, ces deux groupes et si nous n'avions pas pris pour des érythèmes scarlatini-formes des éruptions scarlatinoïdes. Il semble cependant que, dans tous les autres cas, la manifestation cutanée a été persistante et de longue durée. Cela seul ne peut-il suffire à justifier l'épithète que nous leur avons donnée.

En parcourant l'histoire de ces érythèmes scarlatini-formes dans la littérature médicale, nous avons retrouvé plusieurs cas intéressants dont l'origine infectieuse paraît presque certaine.

En 1893, M. Legendre donna lecture, à la Société médicale des hôpitaux, de quatre observations du plus grand intérêt.

Trois malades étaient en pleine convalescence de

fièvre thyphoïde, le quatrième était atteint d'un mal de Bright.

Tous eurent au déclin ou dans le cours de leur maladie une éruption érythémateuse scarlatiniforme suivie de desquamation. L'un desquama pendant 2 mois et succomba à des complications pulmonaires (abcès du poumon); les suivants ont succombé en des périodes variant de 20 à 12 jours. Chez ces malades, il faut écarter la possibilité de pathogénie médicamenteuse.

« Il est légitime de considérer cet exanthème desquamatif comme le résultat d'une infection secondaire. L'existence de l'abcès pulmonaire semble, dans un des cas, propre à confirmer la nature infectieuse des phénomènes cutanés. » (Legendre).

Dans trois de ces cas consécutifs à des dothiënenteries, les perforations intestinales, que l'on a retrouvées à l'autopsie, offrent un accès facile aux germes infectieux. Le troisième cas nous conduit à parler des érythèmes survenant au cours du mal de Bright.

Etudiées par Quinquaud, en 1880, puis par Mercklen et Persy en 1882 et 1885, ces manifestations cutanées avaient déjà été signalées par Gubler. Il les divisait en deux groupes dans leurs rapports avec les néphrites suivant que ces dernières sont aiguës ou chroniques. Dans le premier cas, elles sont de nature inflammatoire; dans le second, de nature diathésique.

Nous les séparons nettement les unes des autres et nous ne voulons point parler ici des dermatoses qui se

montrent dans les cas de néphrite chronique, telles que l'eczéma et le psoriasis.

Au cours des néphrites compliquées d'urémie, on a observé presque toutes les formes éruptives, en particulier celles qui revêtent le type érythémateux scarlatiniforme. Leur description se trouve dans la thèse de Persy qui l'emprunte à Berzélius, auteur étranger. « L'éruption débute sur les articulations de la main, puis les plaques s'étendent de façon à couvrir toute la surface du corps par leur confluence et à prendre l'apparence d'une éruption scarlatineuse intense. Au bout de peu de temps, il se produit une desquamation qui, principalement aux doigts, se fait sous forme de larges lambeaux. »

Quinquaud cite un malade atteint de néphrite parenchymateuse qui fait, à l'occasion d'une crise urémique, une poussée érythémateuse intense. Les phénomènes s'amendent sous l'influence du traitement. Quinze jours après, sans cause apparente, nouvelle crise d'urémie et nouvelle éruption. Ces éruptions occupent les bras, les jambes, les mains, le tronc, mais respectent d'ordinaire la face.

Parmi les néphrites au cours desquelles on signale des érythèmes, il y a beaucoup de néphrites suppurées de pyélonéphrites. Le cas de Rosenstein (*Traité des maladies de la peau — Traduction française*) semble rentrer dans cette catégorie. Sans parler des portes d'entrée pour les germes infectieux, du côté de l'appareil digestif : excoriations buccales, gingivales ou pharyngiennes, souvent méconnues, les voies uri-

naires peuplées de germes infectieux, offraient, à ces derniers, un accès facile.

L'historique que nous venons de faire est loin d'être complet, mais nous ne pouvons nous astreindre à rechercher tous les cas d'éruptions signalés par les auteurs et qui se rapportent plus ou moins à notre sujet. Cela nous entraînerait à passer en revue toutes les dermatoses à éruption scarlatiniforme et desquamative ; du reste, nous en parlerons au chapitre du diagnostic.



Observations des auteurs.

20

OBSERVATION II résumée (P. LEGENDRE).

Société Médicale des hôpitaux (mars 1893).

G. H..., 20 ans, entre à l'hôpital Broussais le 13 décembre 1892.

Il est au 11^e jour d'une fièvre typhoïde sans complications.

Jusqu'au 30^e jour, le thermomètre oscille entre 38° et 39°.

Du 37^e jour au 42^e, apyrexie complète, T. 37°.

Le 28 janvier (57^e jour de la maladie), la température monte à 38°5.

Le 30, T. 39°, on donne un gramme de sulfate de quinine.

Le 1^{er} février, la température tombe à 38°, mais le même jour éruption sous forme d'érythème en petites taches arrondies assez confluentes sur la face, puis les bras, les membres inférieurs, le ventre ; le dos n'est envahi que quatre jours après le début. Les taches sont à peine surélevées, d'un rouge vif, apparition de nouveaux éléments éruptifs, les premiers s'agrandissant peu à peu, la fusion se fait en plusieurs points, où on voit alors de larges placards d'un rouge vif à bords irréguliers ; ceux-ci se réunissent à leur tour, et il n'y a bientôt plus aucun espace de peau à la face, sur les cuisses et dans le dos.

L'éruption a mis 7 jours pour en arriver à ce point de confluence et de généralisation. La température moyenne pendant ce septénaire est de 38°.

7 février, T. 38°. La desquamation commence à apparaître à la face. Les plaques perdent leur coloration rouge vif, et la desquamation se fait sous forme de larges écailles analogues à celles de la scarlatine. Ces squames sont particulièrement épaisses à la face palmaire des mains. Bien qu'il n'y ait pas eu d'angine au début, la muqueuse buccale et la langue participent à la desquamation.

Les urines sont troubles et légèrement albumineuses.

10 février, T. 39°4, nouvelle éruption localisée au scrotum et au prépuce jusque-là respectés. Du 10 au 14, T. au-dessous de 39°.

14 février, T. 39°5 sans cause apparente; on ne découvre aucune nouvelle éruption.

D'ailleurs, tout le tégument a été envahi. La desquamation est très active partout. Les ongles, secs et cassants, semblent devoir tomber, ils sont creusés sur leur bord, adhérent à la matrice, d'un profond sillon. L'état général est satisfaisant. Toute médication a été supprimée depuis l'apparition de l'érythème.

16 février, T. 40°5. Desquamation continue abondante, sur tout le corps il y a encore une légère teinterouge. Les cils de la paupière inférieure sont en grande partie tombés.

Le malade tousse, poumon droit congestionné dans toute sa hauteur.

17 février, T. 37°5.

Du 18 au 22, T. soir, 40°. Congestion pulmonaire intense; dyspnée, frottements pleuraux aux deux bases. Quelques vomissements. La desquamation continue.

Le 11 mars. Cachexie extrême.

Mort (102 jours après le début de la fièvre typhoïde.)

Autopsie. — On trouve un abcès du poumon.

L'examen de l'intestin montre trois petites ulcérations arrondies, incomplètement réparées, au voisinage de la valvule de Bauhin. On trouve des vestiges d'autres ulcérations cicatrisées.

OBSERVATION III résumée (F.-J. Bosc).

Revue de médecine (10 août 1894).

R. L..., 29 ans, entre à l'hôpital le 7 septembre 1892 avec les signes d'un abcès de la prostate. Cet abcès est ouvert par le rectum le 26 novembre et il s'écoule un pus phlegmoneux.

27 novembre. — T. 38°6, pouls fréquent. Le 28 et le 29 tout a disparu.

5 décembre. — Le malade paraît toucher à la guérison, lorsque dans la soirée, la température s'élève à 38°8, nausées, vomissements. On remarque une éruption qui couvre en partie les téguments. On transporte le malade dans le service des contagieux.

7. T. 40°, les yeux sont rouges, avec légère blépharite. L'éruption s'est développée sur tout le corps, mais est surtout apparente au cou et au thorax, peu marquée au niveau des membres. Elle est formée par des plaques rouges à peine saillantes dont la partie centrale est blanchâtre. Constipation intense, vomissements fréquents.

8. Insomnie complète. Vomissements, langue sèche, ventre tendu. Eruption stationnaire.

9. L'éruption, après s'être généralisée, ne persiste plus d'une façon intense que sur l'abdomen.

10. L'éruption a presque disparu. Cependant aux membres inférieurs, elle est encore en pleine évolution sous forme de papules d'un rouge uniforme, légèrement saillantes, confluentes. Une nouvelle poussée se greffe même sur l'ancienne au niveau des cuisses.

12. Etat général plus mauvais ; affaissement considérable, vomissements verdâtres. Desquamation furfuracée sur le thorax, les flancs et à la face interne des cuisses.

13. La desquamation continue furfuracée, très fine.

14. Nouvelle poussée éruptive sous forme de plaques rougeâtres, légèrement surélevées en divers points du corps. Langue sèche, vomissements.

15. L'éruption s'est développée sous forme de larges placards d'un rouge sombre qui progressent par petites papules presque confluentes.

16. L'éruption s'accroît. T. 38° et 39°.

20. Abattement considérable. Desquamation furfuracée très prononcée à la face et sur les mains ; la langue offre un aspect vernissé comme celle d'un scarlatineux.

Une nouvelle poussée éruptive s'est développée sur presque tout le corps.

22. Eruption généralisée ; elle se fait dans les parties récentes sous forme de petites papules rouges, parsemées de points purpuriques ; dans les parties où l'éruption date de quelques jours, elle forme un vaste placard rouge sombre, où la pression du doigt laisse une marque très blanche. Le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes.

24. Tous les téguments sont envahis par un vaste érythème d'un rouge violacé piqueté d'un pointillé purpurique. Desquamation furfuracée à la face et sur tout le corps, sauf aux mains où cette desquamation se fait sous forme de lamèes épidermiques plus larges et plus épaisses.

26. L'éruption s'efface. Desquamation très prononcée, fine comme du son, avec chute des cheveux.

L'intelligence est intacte. Pas d'albumine dans les urines.

27. Le malade a eu hier soir un frisson. T. 39°1. La face est œdématiée et le front est gonflé, luisant.

Desquamation abondante de la face, surtout des ailes du nez, des lèvres, des sourcils. Aux mains, l'épiderme tombe par lames épaisses et larges moulant les doigts.

Rien à la gorge ni aux poumons.

28. Un peu de hoquet. Le foie déborde les fausses côtes, la rate est augmentée de volume. Pas d'albumine. Pouls faible, dépressible, 95.

30. La desquamation est tellement abondante qu'on ramasserait à poignée les squames qui jonchent le lit.

31. Hoquet, vomissements. Le malade urine et défèque dans son lit. Desquamation toujours intense.

Le ventre est toujours tendu ; les lavements répétés n'arrivent pas à vaincre la constipation.

Pouls faible ; tendance à l'embryocardie.

2 janvier. — Nouvelle poussée d'érythème sur la partie antérieure de la poitrine, encore en pleine desquamation.

Tremblements des mains, soubresauts des tendons.

3. Abattement profond ; pouls 96°, très dépressible ; diarrhée involontaire. Les urines contiennent des traces d'albumine.

4. Le malade, très abattu, refuse de boire. Les bords serpiginoux de l'exanthème s'avancent en haut, vers la racine des cheveux et en bas vers le bord inférieur des pectoraux. Desquamation de plus en plus intense.

Amaigrissement extrême.

Rien aux poumons sinon une légère congestion aux bases.

Souffle doux au premier temps à la pointe du cœur.

Traces d'albumine dans les urines.

5. L'affaiblissement et la maigreur ont atteint leurs dernières limites.

L'érythème qui couvrait hier le tronc, le cou et la face a disparu.

Le cœur faiblit de plus en plus.

6. Depuis hier, le malade présente des poussées fugaces d'érythème pendant lesquelles le corps revêt une teinte écarlate.

Pouls misérable. L'albumine a disparu des urines.

Mort dans la soirée.

Autopsie. — Le corps est enfariné. Aux mains et aux pieds l'épiderme tombe en bloc.

Poumons : Pas de traces de lésion tuberculeuse.

Cœur : Mou et décoloré.

Foie : 2.150, congestionné.

Reins : 160, pas de lésions macroscopiques.

Rate : 220 grammes.

La postate est légèrement augmentée de volume ; on découvre un ou deux petits pertuis qui communiquent avec le rectum. A une coupe transversale, le lobe gauche renferme une cavité anfractueuse remplie d'un pus jaunâtre qui communique avec le rectum.

OBSERVATION IV résumée (Legendre).

Société médicale des Hôpitaux (novembre 1893).

J. P..., 25 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine 4 août 1893, avec les signes d'une fièvre typhoïde.

La maladie fut bénigne, à aucun moment il ne fut néces-

saire de baigner le malade. La température commence à baisser à partir du 11^e jour, et le 22^e elle était à 37.

2 septembre (29^e jour de la fièvre typhoïde). — Apparition sur le front, au menton et au cou de petites taches papuleuses rouge vif. Ces mêmes taches se montrent les jours suivants sur différentes régions symétriques du corps. Ces taches se réunissent pour former de grands placards scarlatiniiformes rouge vineux à bords irréguliers.

7 et 8. La desquamation apparaît sur la face. Elle se fait par petits lambeaux moins grands que ceux de la scarlatine, mais ne rappelant point la desquamation furfuracée de la rougeole.

9 et 10. Pas de fièvre, mais l'état général s'est gravement modifié. Depuis le début de l'éruption, le malade ne mange plus, il a un aspect presque squelettique.

Léger délire toutes les nuits.

12. Incontinence d'urine et des matières fécales. Pouls 54. Inégalité des pupilles, raideur de la nuque.

13. Vomissements répétés.

Albumine dans les urines.

15. Coma absolu. Raie méningitique très nette.

16. Mort dans le coma.

OBSERVATION V résumée du même auteur.

D..., garçon, 17 ans, entre à Saint-Antoine, 2 juillet 1893, atteint de fièvre typhoïde qui évolue sans complication jusqu'au 22^e jour.

Le 22^e jour, La T. monte à 39,5. En même temps apparaît une éruption sous forme d'érythème, d'abord papuleux, puis polymorphe, assez confluent sur les poignets et aux aines.

Le 23^e jour, l'éruption se fait symétriquement à la partie supérieure et interne des cuisses et au scrotum en même temps qu'elle apparaît sur la face dorsale de la main et des pieds.

Vomissements et douleurs dans les jambes.

Les jours suivants, la T. oscille entre 38° et 37°5, mais de nouveaux éléments éruptifs apparaissent d'abord sur les jambes, puis aux deux genoux, enfin sur le dos de la verge. La fusion se fait pour former de larges placards rouge vif à contours irréguliers, d'aspect scarlatiniforme. En même temps apparition de bulles à contenu séreux.

22 juillet. — Desquamation à grands lambeaux rappelant à s'y méprendre celle de la scarlatine.

Chute des poils des jambes. Les cheveux et les sourcils s'arrachent facilement. Les régions jusque-là respectées ont été envahies successivement.

24. L'éruption est généralisée sauf au cuir chevelu. L'abdomen avait été pris le dernier.

25. Le cuir chevelu est atteint. Les bulles signalées plus haut sont devenues confluentes. Elles se dessèchent.

27. L'état général devient mauvais : vomissements, râles de congestion aux deux bases, albuminurie, cachexie, délire la nuit et somnolence le jour, escharres fessières.

Attaque convulsive épileptiforme avec cyanose.

Mort le 28.

OBSERVATION VI résumée (Bosc).

Revue de médecine (août 1894).

Marie S..., 20 ans, entre à l'hôpital le 2 mai avec perte d'appétit et constipation intense.

3 mai. — Face congestionnée. T. 39°1; pouls fréquent, ample, pas de selle depuis 5 jours.

Langue sale, quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite sans douleurs à la pression. Rien du côté des poumons.

Dans la soirée, éruption à la partie supérieure du thorax sous forme de petites élevures rouges, presque confluentes. Pouls 115.

5. Légère épistaxis. Une selle hier soir. T. s'abaisse. L'éruption persiste.

6. T. 39°8, ventre tendu. L'éruption s'est étendue hier soir et ce matin sur le devant de la poitrine. Pas de selle depuis le 4 au soir.

Dans la soirée, T. 38°5 et 36° à la suite d'une débâcle intestinale. L'éruption a disparu; légère desquamation furfuracée sur la poitrine.

8. Nouvelle poussée éruptive. T. 38°4, pouls fréquent, rapide.

9. L'érythème s'étend davantage.

10. Hier soir, il s'est produit une élévation de température correspondant à une nouvelle poussée éruptive intense.

11. T. 38° hier soir; 39°2 ce matin. Erythème persiste sous forme de plaques rouges, sur le fond rouge s'élèvent quelques papules d'urticaire.

13. Nouvelle poussée éruptive coïncidant avec élévation de T.

Desquamation abondante furfuracée sur les points envahis du 8 au 11.

14. L'éruption est généralisée à tout le corps; véritable érythème scarlatiniforme qui progresse vers les cuisses et les bras sous formes d'une éruption papuleuse; grand abattement. T. 38°8.

15. Desquamation fine abondante.

18. L'éruption a disparu.

19. T. 40°1. Nouvelle poussée éruptive ; la face est indemne du 23 au 28, desquamation.

27. Apparition d'un exanthème sur la face antérieure du thorax, sur tout l'abdomen et sur le dos.

28. Eruption intense. Affaissement considérable.

T. de 37° à 39°6. Démangeaisons. Pouls 112. Foie normal, rate hypertrophiée. Rien aux poumons.

19. L'éruption est généralisée à tout le corps sous forme d'un érythème scarlatineux parsemé d'un pointillé purpurique et de quelques ecchymoses. Sur l'abdomen, desquamation très apparente.

Squames fines, furfuracées, comme dans la dermatite exfoliatrice. Vives démangeaisons.

Les mains sont gonflées ; la partie inférieure de la face est d'un rouge sombre, violacé comme dans le cas d'un exanthème érysipélateux. Desquamation intense sur la poitrine, les flancs, l'abdomen, aux plis du coude, au cou. Pouls 100, T. 37°

31. Desquamation générale. Pouls faible, dicroté, 112. T. 37°6.

La physionomie de la malade est dé faite.

Le foie déborde légèrement les fausses côtes.

1^{er} juin. — L'éruption a repris une nouvelle intensité à la face. La malade est sortie le 2 juin, excessivement faible, en pleine desquamation.

La maladie s'est terminée par la guérison.





DESCRIPTION

Les cas que nous venons de rapporter sont loin de présenter un type uniforme; variable dans leur durée et leur intensité, ils ne constituent pas une classe d'érythèmes. Si nous voulions être complets, il faudrait une description pour chaque cas en particulier.

Dans ce chapitre nous essayerons de synthétiser les caractères communs que nous avons pu noter au cours de nos observations et qui nous ont permis de décrire ces érythèmes sous une forme spéciale.

Éruption. — L'éruption survient rarement d'emblée, sans cause apparente. Certains prodromes ouvrent presque toujours la scène; si l'éruption doit apparaître dans le cours ou au déclin d'une maladie infectieuse primitive, la fièvre typhoïde, par exemple, ou la diphtérie,

les prodromes consistent en une simple élévation de température. L'apyrexie qui durait depuis quelques jours (42 dans l'observation de Legendre) cesse subitement et fait place à une température de 38 à 39°.

Dans d'autres cas le début est plus accusé. A l'occasion d'une cause banale, d'un refroidissement, souvent il survient une douleur à la gorge accompagnée d'un peu de fièvre.

Le lendemain, les amygdales sont congestionnées, volumineuses, on voit dans certains cas de petits points blanchâtres d'angine herpétique; la fièvre persiste et quelquefois on note une légère adénopathie.

Dans tous les cas ces phénomènes sont de courte durée; deux ou trois jours au plus à leur suite l'éruption se manifeste.

Elle apparaît souvent sous une forme d'érythème papuleux puis polymorphe. Aucune région du corps n'est plus spécialement attaquée la première. L'éruption est d'abord constituée par des taches rubéoliques, arrondies, d'environ 5 millimètres de diamètre : quelques-unes sont entourées d'un cercle blanchâtre. Ces petites taches donnent à la peau un aspect chagriné qui rappelle la chair de poule. Bientôt de nouveaux éléments apparaissent, les premiers s'agrandissent; tous finissent par se toucher et former de larges placards écarlates à bords irréguliers. L'éruption se généralise alors par tout le corps; elle peut aussi se montrer sur les muqueuses; tout rappelle absolument l'éruption de la scarlatine.

Telle est la marche ordinaire de l'éruption : d'abord

papuleuse, rubéolique, elle revêt presque aussitôt le type scarlatiniforme qui subsiste le dernier jusqu'au moment où arrive la période de desquamation. Ce type scarlatin, sans être unique, puisqu'il s'accompagne d'érythème rubéolique et quelquefois de purpura, finit toujours par prédominer; il a été manifeste dans toutes nos observations.

La durée de cette période éruptive est d'environ sept jours; au bout de ce temps, l'éruption est confluente et généralisée.

Desquamation. — Les plaques perdent vite leur teinte écarlate; elles deviennent violacées et pâlisent peu à peu. La desquamation a déjà commencé avant qu'elles aient disparu.

Celle-ci débute très souvent par le cou et la face ordinairement furfuracée dans ces régions, elle a lieu par cloques sèches, pour la plupart, ou ressemblent à de véritables ampoules à contenu citrin. La desquamation s'étend au reste du corps; tantôt la forme furfuracée persiste, tantôt l'épiderme est soulevé par de larges écailles. Aux mains, aux pieds, au niveau des articulations la desquamation a lieu par larges lambeaux. La muqueuse buccale participe à cette desquamation. Les ongles peuvent devenir secs, cassants et tomber; on a signalé aussi la chute des cils et des cheveux,

Température. — Nous avons déjà dit que la poussée éruptive était presque toujours précédée d'une éléva-

tion de température. Celle-ci persiste pendant toute la durée de l'éruption, oscillant entre 38 et 39°5. La desquamation coïncide, en général, avec une légère défervescence.

D'une façon générale on peut dire que ces manifestations certaines sont pyrétiques pendant toute leur durée.

Dans la plupart des observations que nous rapportons, la fièvre a persisté longtemps, pour ainsi dire, pendant toute la durée de la maladie; mais dans tous ces cas, il est survenu des complications que nous étudierons aux symptômes généraux.

Symptômes généraux. — Puisque nous décrivons des érythèmes infectieux, il est tout naturel de leur trouver un cortège de symptômes généraux, mais ceux-ci sont loin d'avoir toujours la même durée et la même intensité. Comme ils sont sous la dépendance de la nature de l'agent infectieux et de la résistance du sujet, nous ne pouvons les décrire sous un type normal.

Dans les cas que nous avons observés, l'infection s'est toujours présentée sous une forme maligne.

Chez l'enfant de quatre ans, l'éruption s'est accompagnée de phénomènes inflammatoires du côté des ganglions du cou, même de la parotide et de tout le système ganglionnaire lymphatique, avec une hyperthermie considérable et un pouls rapide, quelquefois incalculable. Plus tard, apparaissent des symptômes méningitiques graves : aphasie, syncope, inégalité

des pupilles, strabisme, contracture musculaire, paralysie intestinale, dissociation du pouls qui reste fréquent et de la température qui tombe au-dessous de 36°. En même temps, il se formait des abcès dans les fosses iliaques.

L'infection ne pouvait pas être plus grave et cependant l'enfant s'est remis de cette première attaque. A la seconde, les phénomènes inflammatoires ganglionnaires se montrèrent à nouveau avec une poussée congestive du foie, mais les symptômes méningitiques furent insignifiants.

Dans un autre cas (Obs. IV), nous voyons le malade succomber à des accidents méningitiques qui se sont montrés dès le début de l'éruption. Le malade ne mange plus, il a un aspect squelettique; plongé dans une torpeur continuelle, il reste dans le décubitus latéral, avec raideur de la nuque, inégalité pupillaire et raie méningitique très nette.

Une autre fois, c'est un malade emporté par une congestion pulmonaire avec abcès du poumon (Obs. II). On voit combien sont variables ces symptômes généraux par leurs manifestations comme par leur intensité; on peut dire, toutefois, que leur présence est constante.

Urines. — Dans le cours de la maladie les urines sont rares, troubles et presque toujours albumineuses.

En somme : éruption polymorphe au début, puis scarlatiniforme suivie d'une desquamation précoce, plus ou moins intense, avec des phénomènes généraux

souvent très graves, tel est l'ensemble des phénomènes qui accompagnent ces manifestations cutanées. Jusqu'ici ce tableau clinique n'a rien de remarquable. Il s'applique à tous les érythèmes scarlatiniformes desquamatifs, qu'ils soient primitifs ou d'origine artificielle.

Evolution. — Jusqu'ici, dans notre description, nous avons supposé que tous les phénomènes qui accompagnent les érythèmes suivaient une marche régulière. Nous avons noté en premier lieu l'éruption qui parcourt ces différents stades depuis le type rubéolique jusqu'au type scarlatiniforme; nous avons assigné à cette première période une durée variable, il est vrai, mais dont la moyenne est de 5 à 6 jours. L'éruption tend à disparaître que déjà la desquamation a commencé; furfuracée ou écailleuse, sobre ou très abondante, elle constitue la seconde période symptomatique. L'affection a parcouru un cycle régulier, chaque symptôme apparaît à son moment, fait son évolution puis disparaît.

L'évolution est loin d'être aussi régulière, nous dirons même que cette régularité est l'exception. Le nombre trop restreint de nos observations ne nous permet pas, malheureusement, de généraliser, mais il nous semble que l'évolution capricieuse de ces érythèmes suffiront presque à les caractériser à mesure que les faits deviendront plus nombreux. Souvent l'éruption procède par poussées successives; tantôt c'est après la période de desquamation, alors que

celle-ci touche à sa fin, que paraît une éruption nouvelle; tantôt c'est en pleine desquamation qu'a lieu la poussée éruptive.

Ces poussées successives sont séparées quelquefois par des périodes d'accalmie assez longues. Elles ne sont pas toujours identiques à la première, soit que le type scarlatiniforme s'établisse d'emblée; soit qu'un élément nouveau survienne. Les différentes parties du corps ne sont pas toutes atteintes en même temps; telle région qui avait échappé aux premières poussées est envahie par les dernières.

La desquamation est aussi soumise aux mêmes variations. Dans certains cas une seule grande desquamation a lieu; dans d'autres, une série de desquamations se succèdent séparées par des périodes d'accalmie.

Dans ces conditions, rien ne peut faire prévoir la fin de l'affection; l'éruption a disparu depuis longtemps, la desquamation cesse, la fièvre tombe, l'état général devient meilleur, tout paraît annoncer le retour de la santé lorsque, sans cause apparente, la température remonte, l'érythème reparait, extrêmement rapide à se généraliser: en un quart d'heure, le corps est rouge vif. Cet état dure quelques heures; dans la nuit tout rentre dans l'ordre et le lendemain l'état général est satisfaisant; dans l'après-midi, retour de la fièvre et réapparition de l'érythème.

Ces phénomènes peuvent se prolonger pendant plusieurs jours de suite. Dans l'observation I, nous avons signalé, du 27 août au 3 septembre, trois poussées suc-

cessives. La durée est donc illimitée puisque dans un cas nous avons vu l'affection se prolonger pendant plus de 100 jours ; elle est intimement liée à la condition de l'individu comme à celle de la cause.

Récidives. — Les érythèmes scarlatiniformes infectieux peuvent récidiver au même titre que les érythèmes primitifs ou d'origine artificielle.

Par récidive, nous n'entendons pas ces rechutes ou mieux ces poussées dont nous venons de parler et qui semblent être des étapes successives dans l'évolution d'une même infection ; nous voulons dire qu'une nouvelle infection peut ramener chez le même individu le retour des mêmes manifestations cutanées. Le malade chez lequel l'usage du mercure a produit une première fois une éruption scarlatiniforme a de grandes chances de voir réapparaître ce phénomène s'il fait un nouvel emploi du même médicament. Il en est de même pour le malade chez qui tel agent infectieux a produit un érythème ; il subira la même influence si cet agent se retrouve en contact avec son organisme. Dans nos observations, la plupart des malades ont succombé à la première attaque ; mais chez l'enfant de 4 ans, nous avons vu la seconde attaque de streptococcie reproduire sensiblement les mêmes phénomènes que la première.



PRONOSTIC

Si on devait en juger par les quelques observations que nous rapportons, le pronostic serait grave. Nous ne pouvons cependant donner une règle aussi générale.

Il est certain que l'érythème et surtout l'érythème scarlatiniforme desquamatif indique une infection sérieuse, « la peau, écrit Bouchard, se plaint à sa façon » ; nous sommes donc autorisés à penser que la lésion croît en raison directe de l'infection.

Les cas signalés par Legendre ont évolué en un court espace de temps et dans la même salle d'hôpital, dans des lits voisins ; dans tous les cas, l'issue a été fatale et la raison qu'en donne l'auteur est la suivante :

« L'évolution a été telle que les choses ne se passeraient pas autrement si un agent infectieux, accroissant

sa virulence en traversant des organismes humains successifs, donnait lieu à des accidents à marche de plus en plus rapide. »

Il ne semble pas, d'autre part, que des poussées successives chez le même individu assombrissent le pronostic, car si l'agent infectueux accroît sa virulence en traversant des organismes successifs, celle-ci doit s'atténuer lorsqu'elle se traduit à plusieurs reprises chez le même individu, en même temps qu'il se fait une accoutumance de la part de l'organisme.

En résumé, le pronostic de cette affection est soumis à deux causes : l'agent infectieux et le terrain dans lequel ce dernier évolue. Ces deux causes ont une égale importance, comme l'a dit M. Besnier : « il y a des infections sans maladie et des maladies d'infection sans la moindre gravité. »





BACTÉRIOLOGIE

OBSERVATION I. — On fait une légère saignée avec les soins de l'asepsie la plus minutieuse.

Trois tubes furentensemencés et cultivèrent rapidement. L'examen de ces tubes, vérifié par M. Marmorek, montra qu'il contenait des colonies abondantes de streptocoques à l'état de pureté.

Dans l'un des tubes seulement et au fond, on constate cinq jours après quelques colonies de staphylocoques.

OBSERVATION II. — On fit l'ensemencement des squames sur la pomme de terre, sur la gélatine et sur agar.

On trouva une grande quantité de coli bacilles caractérisés par les réactions suivantes :

1° Se décolore par le gram-weigert, se recoloré par la méthode de Kuhne.

2° Fait fermenter la lactose.

3° Ne liquéfie pas la gélatine.

OBSERVATION III. — Ensemencement de tubes de gélose avec le sang pris dans le cœur, avec la rate, le contenu purulent de la prostate, les ganglions suppurés du petit bassin.

Le lendemain, tous les tubes présentent des colonies abondantes de bacilles.

Par ensemencement sur gélatine, on obtient des cultures pures d'un bacille qui, pour l'auteur, serait une variété de coli bacille ou au moins une bactérie intestinale se rapprochant de cette espèce.

Dans les autres observations, l'examen bactériologique n'a pas été fait ou n'a donné aucun résultat.





ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE



Nous sommes rendus au point le plus délicat du sujet; aussi ne l'abordons nous qu'avec réserve. La pathogénie des érythèmes, toujours discutée, fut longtemps entourée de la plus grande obscurité. M. Besnier fut un des premiers à jeter quelque lumière sur cette question difficile à résoudre; aussi nous inspirerons-nous constamment dans ce chapitre des données du savant dermatologiste.

Köbner et Lewin ont démontré depuis longtemps que l'acte vital qui préside aux lésions cutanées est d'ordre neuro-vasculaire. Lorsqu'il s'agit de préciser et d'expliquer les faits les difficultés surgissent. « Les altérations du sang, l'introduction des substances toxiques, diverses lésions physiques ou fonctionnelles des centres, les altérations des organes les plus divers et toute une série d'autres causes rendent

difficile l'interprétation des faits.... L'élément pathogénique l'irritant, cause du trouble vasculo-nerveux, n'est pas spécifique; il peut être apporté par les aliments, les médicaments, élaboré au sein de l'économie par les altérations liquides ou solides, ou par les microbes. » (Besnier. *Pathogénie des érythèmes*.)

Dans les exemples que nous rapportons, l'agent irritant est-il un microbe? Les recherches bactériologiques semblent le prouver. Si quelquefois elles n'ont pas été couronnées de succès, faut-il s'en étonner, vu les difficultés extrêmes qui entourent parfois la recherche de l'agent infectieux.

Plusieurs fois, au contraire, on a pu obtenir des cultures pures d'un micro-organisme que certains auteurs ont regardé comme l'agent spécifique. Quand il s'agit de déterminer la nature de l'agent infectieux, l'embarras devient plus grand. On a bien remarqué dans le sang d'un des malades un streptocoque, dans les squames d'autres malades un coli bacille. Enfin, Bosc a trouvé dans le cœur droit, la rate, les ganglions suppurés du petit bassin un bacille mal défini, présentant les caractères suivants : « Il rappelle le coli bacille par les caractères de ses cultures sur agar, sur pomme de terre, sur les milieux colorés et phéniqués; il en diffère en ce qu'il ne coagule le lait qu'au vingtième jour et ne fait pas fermenter la lactose. Il nous semble que nous avons eu affaire à une variété du bacille du côlon ou tout au moins à une bactérie intestinale se rapprochant par de nombreux caractères de cette dernière espèce. »

On a trouvé des coli bacilles, des streptocoques, demain on en trouvera d'autres.

Si donc la nature infectieuse de la maladie paraît certaine, aucun des micro-organismes ne peut être regardé comme l'agent spécifique.

Le tableau symptomatique de l'infection est-il dû aux bactéries elles-mêmes ou à l'action de leurs poisons ?

La question est difficile à résoudre ; la présence dans le sang de ces bactéries fait supposer qu'elles jouent un rôle réel dans la production des érythèmes.

D'autre part, la physiologie expérimentale nous engage à penser que les produits solubles de ces bactéries jouent le rôle principal. En étudiant la virulence du micro-organisme, qu'il croyait spécifique de la maladie, Bosc est arrivé aux résultats suivants : « Si on injecte des cultures jeunes, de haute virulence, la mort vient par septicémie suraiguë. Mais si on injecte des cultures très âgées de ce même bacille, contenant des micro-organismes dégénérés, vieux, inactifs, mais riches en produits solubles, l'on reproduit toute la maladie avec ses symptômes et son évolution caractéristiques. De plus, si on injecte dans la veine d'un lapin une certaine quantité d'une culture âgée, il peut se faire qu'il ne se produise qu'un érythème très léger. Mais si on injecte, à ce même lapin, une nouvelle dose de la même mesure, l'érythème apparaît avec une grande intensité. »

Il faut donc penser que les poisons sécrétés par les bactéries et qui imprègnent l'organisme, agissent

comme cause irritante beaucoup plus que les bactéries elles-mêmes.

Un certain nombre de conditions étiologiques président au développement de l'infection qui se traduit par l'éruption cutanée. L'infection est consécutive à une maladie grave comme la diphtérie, la fièvre typhoïde, ou elle est primitive, c'est-à-dire qu'elle survient d'emblée chez un individu sain.

Dans l'un et l'autre cas, les voies d'infection peuvent être les mêmes. Partout où il existe une excoriation, le microbe peut pénétrer. Tantôt c'est une angine banale avec points blancs sur les amygdales qui est la cause de petites ulcérations dans la région de l'arrière-bouche; tantôt c'est une affection intestinale qui produit une légère ulcération. Les microbes qui sont les hôtes habituels de ces régions ont donc un accès facile.

Jusqu'alors nous n'avons parlé que de l'agent infectieux, de ses voies de pénétration et du rôle plus ou moins direct qu'il joue dans la production des manifestations cutanées. Nous n'avons rien dit du terrain dans lequel il évolue, et cependant la nature du sujet présente un intérêt capital dans la pathogénie des érythèmes. De même que le protoiodure d'hydrargyre ne produit pas le même effet chez tous les individus, de même aussi le même microbe agit différemment selon la condition individuelle. M. Besnier a longuement insisté sur le rôle de cette condition individuelle dans la pathogénie des érythèmes :

« Il ne faut pas se méprendre, dit-il, sur la valeur qu'il convient d'attribuer au qualificatif d'infectieux

appliqué à certains érythèmes en raison de leur origine supposée. Tous les érythèmes peuvent être ou non infectieux selon la nature, le degré, la quantité de l'agent irritant et des altérations secondaires qu'il peut produire mais surtout selon la nature du sujet. »





DIAGNOSTIC



Dans bien des cas, le diagnostic de la nature de la manifestation cutanée est entouré de grandes difficultés. Les quelques prodromes qui précèdent l'éruption augmentent encore notre embarras. Un individu est pris subitement en pleine santé de frissons, courbature, céphalalgie ; aurons-nous affaire à une simple grippe ou à une fièvre éruptive ? rien ne nous l'indique jusqu'alors. Mais, voilà que l'éruption se montre polymorphe d'abord, sans localisation spéciale. Est-ce une rougeole ? l'absence de catarrhe oculo-nasal nous fera abandonner cette hypothèse. Dans la suite, l'éruption devient d'un rouge écarlate ; elle envahit tout le corps ; les muqueuses, la langue en particulier offrent un aspect framboisé ; la fièvre s'allume, la gorge est rouge, congestionnée ; les amygdales sont même recouvertes de petits points blancs qui envahissent peu à peu le

voile du palais. Ne dirait-on pas une scarlatine en voie d'évoluer ? Il est permis de le supposer, car aucun des symptômes n'est étranger à cette fièvre éruptive. Mais, voilà qu'au bout d'un septénaire, l'éruption persiste alors que la desquamation a commencé. Si l'éruption disparaît, elle revient au bout de quelques jours. En vain cherche-t-on la période d'éruption et celle de desquamation ; tout est fait pour dérouter l'observateur, plus de marche cyclique comme dans la scarlatine ; lorsqu'on croit en avoir fini avec l'éruption elle réapparaît tantôt sous une forme, tantôt sous une autre.

L'évolution bizarre de l'érythème scarlatiniforme infectieux pourrait donc suffire, dans la majorité des cas, à le différencier de la scarlatine vraie, si, dans ces derniers temps, on n'avait parlé des récidives de la scarlatine. De même qu'on a signalé des rougeoles à récurrence, de même aussi a-t-on vu des récidives dans la scarlatine. L'opinion n'est pas encore faite sur ce sujet et il est même permis de se demander si ces éruptions récidivantes que l'on observe après une première poussée de scarlatine, ne sont pas des manifestations d'un état infectieux secondaire.

En supposant que ces éruptions nouvelles représentent de véritables scarlatines, leur forme toujours identique n'a rien de semblable au polymorphisme des érythèmes scarlatiniformes infectieux. En outre, le caractère récidivant appartient en propre à ces derniers. Ce caractère peut même servir à établir le diagnostic dans certains cas. Ainsi, chez notre jeune enfant de

quatre ans, avons-nous pu, lors de sa récurrence, penser à une attaque semblable à la première et cependant l'éruption avait été précédée d'un refroidissement avec mal de gorge et angine.

Dans le cours de la fièvre typhoïde, certains auteurs ont signalé des éruptions confluentes suivies d'une desquamation parfois très abondante. Ces éruptions sont faciles à distinguer de l'érythème scarlatiniforme avec lequel la desquamation permettait seule de les confondre, car cette desquamation, ainsi que le démontre M. Marfan, relève de l'éruption sudorale.

Il est inutile, croyons-nous, de pousser plus loin le diagnostic différentiel de ces érythèmes avec les diverses éruptions qui se manifestent au cours de toutes les fièvres éruptives. Nous avons surtout parlé de la scarlatine, car c'est avec cette affection qu'ils peuvent être le plus souvent confondus, surtout au début.

Il existe toute une catégorie de dermatoses desquelles il serait intéressant de rapprocher les érythèmes dont nous venons de faire l'étude. Nous voulons parler de ces dermatoses caractérisées par une rougeur du derme et une desquamation plus ou moins abondante de l'épiderme. Décrites sous le nom de pityriasis rubra depuis les travaux de Devergie et de Hébra, reprises par M. Besnier sous l'épithète d'érythodermies exfoliantes, leur groupe est loin d'être homogène et leur classification n'est pas définitive.

Dans son ouvrage sur le *Traitement des maladies de la peau*, M. Brocq a donné une nouvelle classification de ces dermatoses généralisées rouges et desqua-

matives ; il les divise en deux grandes classes : 1° les éruptions généralisées rouges et desquamatives consécutives à une autre affection (herpétides exfoliatives de Bazin) ; 2° les éruptions généralisées rouges et desquamatives primitives.

Dans cette seconde classe, il fait rentrer l'érythème scarlatiniforme desquamatif ou dermatite exfoliative aiguë bénigne, et qu'il définit ainsi : « sorte de pseudo-exanthème caractérisé par un début assez franc, fébrile, simulant celui de la scarlatine, puis, après un laps de temps variable, par une éruption d'un rouge plus ou moins intense, uniforme, parfois piquetée de points purpuriques, surtout aux membres inférieurs, qui tend à devenir généralisée et qui se localise alors aux grands plis articulaires, au cou, aux parties latérales du tronc, à la paume des mains et à la plante des pieds. Trois ou quatre jours après l'apparition de cette éruption et alors que la rougeur persiste encore, il se produit une desquamation sèche, lamelleuse, excessivement abondante. »

Tous ces symptômes se retrouvent dans la description que nous avons donnée des érythèmes. Il est bien difficile d'établir un diagnostic différentiel entre ces érythèmes proprement dits et ces dermatites exfoliatives bénignes ou généralisées. Les uns comme les autres naissent de processus différents et malgré cela on ne peut établir d'espèces nosologiques vraies, selon la nature de la cause. En recherchant dans la littérature médicale les cas publiés sous le nom de pityriasis

rubra, on en trouverait un grand nombre auxquels la dénomination d'érythèmes conviendrait aussi bien.

M. Legendre cite un mémoire publié par Thomas Savill : sur une maladie cutanée épidermique, ayant quelque ressemblance avec l'eczéma et le pityriasis rubra : « La lésion unique est une dermatite, quelquefois précédée d'une exsudation séreuse, aboutissant toujours à une desmaquation de l'épiderme habituellement accompagnée d'un certain nombre de troubles généraux et suivant une marche plus ou moins définie de sept à huit semaines. » Le médecin anglais attribue cette affection à la contagion d'un germe spécifique qu'il a constamment trouvé dans les humeurs et dans les tissus.

Les lésions tégumentaires qui paraissent en général plus accentuées dans les dermatites ne peuvent suffire à les distinguer des érythèmes. Dans certains cas « les altérations tégumentaires deviennent plus profondes, dépassent le type conventionnel de l'érythème pour se confondre par des transitions insensibles avec les dermatoses ou dermatites, à ce point que nous ne pouvons dire toujours où commencent les uns et où finissent les autres. »





CONCLUSIONS



D'après cette étude nous sommes conduits à tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe des érythèmes prolongés, polymorphes au début, toujours scarlatiniformes dans la suite, desquamatifs et récidivants d'origine infectieuse ;

2° Ces érythèmes sont remarquables par leur évolution bizarre, capricieuse, procédant tantôt par une seule éruption suivie d'une seule desquamation, tantôt par poussées successives d'éruptions et de desquamations se succédant sans aucun ordre, séparées par des périodes d'accalmie et souvent différentes les unes des autres par leur forme, leur siège et leur intensité ;

3° L'origine infectieuse de ces érythèmes paraît certaine. On a retrouvé soit dans le sang, soit dans les

squames du streptocoque ou du bacterium coli ; mais aucun de ces agents ne paraît spécifique ;

4° Ces érythèmes ne forment pas un cadre nosologique déterminé ; ils rentrent dans la catégorie des cas signalés par M. Brocq comme « faits de passage entre les formes légères de la dermatite exfoliative généralisée proprement dite, et les formes communes de l'érythème scarlatiniforme desquamatif. »





BIBLIOGRAPHIE



- Besnier.* — Pathogénie des érythèmes. Annales de dermatologie, janvier 1890.
- Etude sur les dermopathies rhumatismales. Annales de dermatologie, 1876-1877.
- F.-I. Bosc.* — Etude sur deux cas d'une maladie spéciale infectieuse d'origine intestinale. Revue de médecine, 10 août 1894, p. 629.
- Brocq.* — Etude critique et clinique sur le pytyriasis rubra. Archives générales de médecine, 1884, vol. II.
- Traitement des maladies de la peau, 2^e édition, 1892, p. 265 et 966.
- Comby.* — A propos des rechutes et récidives de la rougeole. Bulletin de la Soc. m. des hôpitaux de Paris, 10 janvier 1896, p. 3.
- Derrecagaix.* — Thèse de Paris, 1874.

- Duval.* — Eruptions rénales. Thèse Paris, 1880.
- Féréol.* — Bulletin et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris, t. XIII, 1876, p. 30.
- Germain Sée.* — Société médicale des hôpitaux, t. IV, p. 199.
- Hutinel et Martin de Gimard.* — Sur une épidémie d'érythèmes infectieux au cours de la fièvre typhoïde. Médecine moderne, 1890, n^{os} 5, 6, et 7.
- Legendre.* — Erythème scarlatiniforme desquamatif prolongé avec chute incomplète des phanères pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Bulletin et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 30 mars 1893, p. 216.
- Marfan.* — Sur la desquamation dans la fièvre typhoïde. Bull. et Mém. de la Société méd. des hôpitaux de Paris, 1896, 28 février, p. 220.
- Millon et H. Leroux.* — Revue des maladies de l'enfance, janvier 1896.
- Merklen.* — Thèse 1888.
- Mussy.* — Contribution à l'étude des érythèmes infectieux en particulier dans la diphtérie, thèse Paris, 1892.
- Porcheron.* — Thèse de Paris, 1875.
- Persy.* — Manifestations cutanées de l'urémie. Thèse de Paris, 1885.
- Quinquaud.* — Tribune médicale, 1880.
- Renault (Alex.)* — Revue générale de clinique et de thérapeutique, 16 avril 1890.
- Rosenstein.* — Traité des maladies de la peau. Traduction française.

Thomas Savill. — Cité par Legendre. Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôp. de Paris, 23 novembre 1893.

Tremblay. — De l'érythème desquamatif scarlatiniforme. Th. de Paris, 1876.

Vu : Le Doyen, Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL. LABOULBÈNE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

